# ITEM 99 : PARALYSIE FACIALE

**Nerf VII** : nerf mixte, avec des fibres motrices, sensitives, sensorielles et végétatives
- Emerge du **sillon bulbo-protubérantiel** à la partie médiale de la **fossette latérale de la moelle allongée**
- Circule dans **l'angle ponto-cérébelleux** et pénètre le rocher au niveau de **méat acoustique interne** (avec le nerf VIII)
- **Trajet intra-pétreux**, dans le **canal osseux de Fallope**, inextensible : 3 portions (VII-1, VII-2 et VII-3) séparés par 2 virages (« **genou** » au niveau du ganglion géniculé, et « **coude** »), sort du rocher par le **foramen stylo-mastoïdien**

➞ Branches nerveuses : **nerf grand pétreux** (sécrétion lacrymale) au niveau de la 1ère portion, **nerf de l'étrier** (réflexe stapédien) puis **corde du tympan** (gustation des 2/3 antérieurs, sécrétion salivaire) au niveau de la 3ème portion
- Pénètre la **glande parotide** où il se ramifie pour innerver les muscles de la face

➞ Atteinte **centrale** (= supra-nucléaire) ou **périphérique** (= nucléaire ou des fibres nerveuses du nerf facial)

*Diagnostic*

**Paralysie faciale centrale**

- **Prédomine nettement sur la partie inférieure du visage** (projection bilatérale du 1er neurone sur les noyaux du facial supérieur dans la protubérance)
- **Dissociation automatico-volontaire** : asymétrie plus marquée lors des mouvements volontaires que lors des mouvements automatiques (mimique spontanée, rire), parfois inversée
- Presque toujours associé à un **déficit moteur du membre supérieur homolatéral**

**Paralysie faciale périphérique**

- **Atteinte de façon équivalente des parties supérieure et inférieure du visage**
- **Absence de dissociation automatico-volontaire**
- **Elocution labiale gênée** et **mastication imparfaite**
- **Réflexes cornéen, naso-palpébral, cochléo-palpébral** (au bruit) et **clignement à la menace abolis**

➞ Sans atteinte des muscles faciaux innervés par d'autres nerfs crâniens : **masticateurs** (masséter, temporal, ptérygoïdien = nerf V), **pharynx** et **voile du palais** (nerf IX et X), **motricité linguale** (nerf XII)

*Signes faciaux*

| | Partie supérieure | Partie inférieure |
|---|---|---|
| Au repos | - Effacement des rides du front<br>- Sourcil abaissé<br>- Raréfaction/absence du clignement<br>- Elargissement de la fente palpébrale (paupière inférieure abaissée)<br>- Œil larmoyant | - Asymétrie du visage<br>- Déformation de la bouche (attirée du côté sain)<br>- Ptose de la joue<br>- Chute de la commissure labiale<br>- Effacement du sillon naso-génien |
| Mouvement volontaire | - Impossibilité de relever le sourcil, plisser le front, fermer l'œil (avec paupière supérieure préservée)<br>- **Signes de Charles Bell** : bascule de l'œil en haut et en dehors à l'occlusion<br>- **Signes des cils de Souques** | - Déviation de la bouche du côté sain<br>- Impossibilité de siffler, gonfler la joue<br>- Stase alimentaire gingivo-jugal<br>- **Signe du peaucier de Babinski** : aucune contraction du peaucier à l'ouverture contrariée de la mâchoire |

*Signes extra-faciaux*

- **Xérophtalmie** (objectivée au test de Schirmer) : au niveau ou en amont du ganglion géniculé
- **Troubles du gout des 2/3 antérieurs de l'hémi-langue** : lésion en amont de la corde du tympan, au niveau de la portion mastoïdienne
- **Diminution de la sécrétion salivaire de la glande sous-mandibulaire** : lésion en amont de la corde du tympan, ou niveau de la portion mastoïdienne
- **Abolition du réflexe stapédien** = **hyperacousie douloureuse** : lésion en amont du nerf du muscle de l'étrier, au niveau de la portion mastoïdienne
- **Hypoesthésie de la zone de Ramsay-Hunt** : atteinte sensitive, lésion en amont ou au niveau de la portion mastoïdienne

➞ Atteinte au niveau ou en amont du ganglion géniculé et des nerfs pétreux : test de Schirmer anormal, électro-gustométrie anormale, abolition du réflexe stapédien

➞ Atteinte au niveau mastoïdien, en aval du ganglion géniculé : électro-gustométrie anormale, abolition du réflexe stapédien avec test de Schirmer normal

➞ Atteinte au niveau du foramen stylo-mastoïdien ou en aval : test de Schirmer et gustométrie normaux, réflexe stapédien présent

Sujet comateux

- Effacement des rides du visage, soulèvement expiratoire de la joue (« fume la pipe »)
- **Manoeuvre de Pierre-Marie et Foix** : déclenchement d'une contraction réflexe du visage à l'appui forcé bilatéral en arrière du gonion ➞ grimace en l'absence de PFP

**Diplégie faciale**

**= Paralysie faciale bilatérale = diplégie faciale** : **visage atone**, **inexpressif**, **signe de Charles Bell bilatéral**, **troubles de l'élocution** et **de la mastication** importants

➞ Evoquer : **syndrome de Guillain-Barré**, **infection VIH**, **maladie de Lyme**, **sarcoïdose** ou **syndrome de Melkerson-Rosenthal**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| *Etiologie* | *Atteinte centrale* | → Orientation comparable à un déficit neurologique focal central | | |
| | *Atteinte périphérique* | **Paralysie faciale *a frigore* de Bell** | = **Paralysie faciale aiguë idiopathique** : cause la plus fréquente, probablement virale (**HSV1**)<br>- Installation brutale, souvent le matin au réveil ou après une exposition au froid, d'emblée maximale ou se complétant en moins de 48h<br>- Volontiers précédée de **douleurs rétro-auriculaires**, accompagnée d'une **hyperacousie**<br>- **Sensation d'engourdissement de la face** dans 1/3 des cas<br>- Paralysie totalement isolée : examen normal (clinique, otoscopie, audiométrie) → aucun bilan | |
| | | | *Evolution* | - Evolution favorable dans la majorité des cas (surtout si paralysie incomplète) : récupération débutant en 8-15 jours, et guérison en moins de 2 mois<br>→ Bilan si persistance de la paralysie faciale à **2 mois** : **IRM encéphalique**<br>- Récupération lente et incomplète dans 5-10% des cas : **déficit persistant**, **hémi-spasme facial post-paralytique**, **mouvements syncinétiques**, ou plus rarement **syndrome des « larmes de crocodile »** (larmoiement lors du repas) |
| | | | TTT | **- Corticothérapie orale** dans les 72h (1 mg/kg/j) pendant **10 jours** ± **valaciclovir**<br>- Prévention des complications oculaires (kératite) : **larmes artificielles, pansement occlusif la nuit**, voire **tarsorraphie transitoire** dans les formes sévères<br>- **Kinésithérapie faciale** : à débuter dès la récupération<br>- En cas de forme persistante : envisager une **décompression chirurgicale** |
| | | **Trauma crânien** | **Fracture du rocher** : otorragie et signes cochléo-vestibulaires associés → **scanner du rocher**<br>- **PF immédiate** par **section-compression** ou **embrochage** du nerf : traitement le plus souvent **chirurgical** par **voie trans-labyrinthique** si oreille interne détruite, ou par **voie trans-mastoïdienne** ou **sus-pétreuse** si oreille interne conservée<br>- **PF différée** par **compression par l'œdème post-traumatique :** corticothérapie<br>**Plaie faciale** (balistique, arme blanche) | |
| | | **Origine vasculaire** | → A évoquer devant l'association d'une **PF** et d'une **hémiplégie controlatérale** respectant la face : **syndrome alterne du tronc cérébral** par atteinte de la protubérance<br>- Eliminer une thrombose veineuse cérébrale si fièvre, céphalées, troubles de la vigilance | |
| | | **Sclérose en plaque** | = Rarement inaugurale : histoire clinique d'atteinte multifocale du SNC, évoluant par poussée<br>→ A évoquer : **régression trop rapide d'une PF a frigore** ou **apparition de myokimie faciale** | |
| | | **PRNA** | - **Diplégie faciale** ± asymétrique, souvent au 2nd plan du tableau clinique | |
| | | **Infection** | - **Zona du ganglion géniculé** : éruption vésiculeuse de la zone de Ramsay-Hunt (conque de l'oreille, CAE), **PF** massive, très douloureuse ± **atteinte du VIII** fréquente → **valaciclovir**<br>- **Infection ORL** : **mastoïdite**, **parotidite**, **otite**, **ostéite de la base du crâne**<br>- **Méningoradiculite bactérienne** (**Lyme**) ou **virale** (**coxsackie, herpès, oreillon**) : contexte fébrile, syndrome méningé, placard érythémateux, morsure de tique → PL<br>- **Infection VIH** : PF fréquente, à tous les stades, notamment lors de la séroconversion | |
| | | **Diabète** | **- Mononeuropathie faciale** possible, moins fréquente que l'atteinte oculomotrice | |
| | | **Maladie systémique** | **- Sarcoïdose** : l'atteinte nerf facial est la plus fréquente des localisations sur les nerfs crâniens<br>→ **Syndrome d'Heerfordt** : association à une **parotidite** et une **uvéite antérieure** avec **fièvre**<br>**- Maladie de Wegener**<br>**- Syndrome de Melkerson-Rosenthal** : PF d'allure essentielle, le plus souvent récidivante, associée à une infiltration cutanéo-muqueuse de la face (lèvres) et une langue plicaturée (« scrotale »), avec des antécédents familiaux identiques | |
| | | **Cause tumorale** | - PF associée à une atteinte d'un/plusieurs nerfs crâniens homolatéraux (hypoesthésie cornéenne, hypoacousie) : **tumeur de l'angle ponto-cérébelleux** (neurinome de l'acoustique), **gliome du tronc cérébral**, **métastase de la base du crâne, méningoradiculite carcinomateuse**<br>- PFP isolée : **tumeur parotidienne** | |
| | | **Iatrogène** | = **Chirurgie parotidienne, neurochirurgie, chirurgie ORL**… → réintervention exploratrice | |

| | | |
|---|---|---|
| *Sévérité* | **Classification de House et Brackman** | - I : Normal<br>- II : Asymétrie discrète, fermeture palpébrale complète<br>- III : Asymétrie évidente, ne défigurant pas le sujet lors des mimiques, fermeture palpébrale complète à l'effort, faiblesse modérée<br>- IV : Asymétrie sévère, défigurant le sujet lors des mimiques, fermeture palpébrale incomplète à l'effort, spasmes/syncinésies sévères, asymétrie labiale, absence de mouvement du front<br>- V : Asymétrie au repos, mouvement à peine perceptible<br>- VI : Paralysie faciale complète, contraction impossible |